N° 11
48

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

HERNIE ÉTRANGLÉE

CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Mai 1906

PAR

M. Adrien CALBÉRAC

Né à La Salvetat (Hérault) le 27 décembre 1878

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES (CONCOURS 1903)
ANCIEN RÉPÉTITEUR DU COURS D'ACCOUCHEMENT DE LA MATERNITÉ
DU GARD

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . Doyen
TRUC . . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.		TRUC.
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe		JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale		RAYMOND, agr. (✻).
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, Ag libre
Accouchements.		PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GUERIN
RAYMOND (✻)	POUJOL	GAGNIERE
VIRES	ARDIN-DELTEIL	GRYNFELTT Ed
VEDEL	SOUBEIRAN	LAPEYRE

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président.* | JEANBRAU, *agrégé.*
FORGUE (✻), *professeur.* | SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A TOUS MES PARENTS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NIMES

A MES AMIS ET CAMARADES D'INTERNAT

A. CALBÉRAC.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A. CALBÉRAC.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier ici la hernie étranglée chez le nourrisson c'est-à-dire chez l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de deux ans. On l'observe rarement dans ces conditions. Berger nous dit : « Gosselin ne l'avait jamais observée. Holmes, à l'hôpital des Enfants malades, à Londres, n'a jamais dû recourir à l'opération pour des cas de ce genre ; il en a été de même pour de Saint-Germain, à l'hôpital de la rue de Sèvres ; en dix ans, Guéniot n'a opéré qu'une hernie étranglée à l'hospice des Enfants-assistés. » Cet accident peut néanmoins se produire. En effet, notre maître, M. le professeur Estor, à l'occasion de trois cas qu'il en a opérés, a publié, en 1902, un mémoire dans lequel il est parvenu à réunir 233 observations. Hâtons-nous de dire, dès le début, que nous avons fait à ce travail original de larges emprunts, surtout pour ce qui concerne les questions de statistique : par exemple, la mortalité après la kélotomie, la fréquence de l'étranglement chez l'enfant et chez l'adulte, la fréquence suivant l'âge et le sexe, etc., etc., toutes questions ne pouvant être résolues que par l'examen d'un grand nombre de cas. Nous avons tenu à préciser certaines conditions étiologiques et mettre au point quelques questions se rattachant au traitement.

L'idée première de notre travail nous a été suggérée par notre maître, M. le docteur Gilis, chirurgien des hôpitaux de Nîmes. Il a bien voulu nous communiquer une observation très intéressante et nous a aidé de ses conseils dans la rédaction de notre travail. Nous lui en exprimons ici toute notre reconnaissance.

Nous remercions vivement M. le professeur Estor, qui, par ses paroles amicales, nous a encouragé à poursuivre notre sujet. Il a grandement facilité notre tâche en nous communiquant de nouvelles observations, en nous indiquant la source de documents, et surtout en nous permettant de puiser largement dans son mémoire. Toute notre gratitude lui est acquise pour le service inestimable qu'il vient de rendre à un membre très aimé de notre famille.

Enfin, nous disons merci de grand cœur à notre camarade et ami M. le docteur Mouret, de Beauvoisin, pour l'observation si intéressante qu'il a bien voulu nous communiquer.

L'historique de la question tient en quelques lignes, en quelques noms devons-nous dire. Il existe un assez grand nombre d'observations de hernies étranglées chez l'enfant, mais les mémoires essentiels sur ce sujet sont peu nombreux. Nous devons citer le travail de Ravoth (1858), la thèse de Wimmer (1868), le mémoire de Marsh (1874), celui de Féré (1881), la thèse de Knobloch (1890), le travail de Karl Stern (1894), la thèse de Tariel, inspirée par Broca (1894) et celle de Petitjean (1898), inspirée par Porack. Enfin, en 1902, le mémoire si intéressant de M. Estor.

Nous allons d'abord présenter cinq observations, dont quatre inédites, de hernie étranglée chez l'enfant. Dans un second chapitre, nous verrons quelles questions intéressantes soulèvent l'étude de l'étiologie et de la pathogénie. Dans les

chapitres suivants : anatomie pathologique, symptomatologie, diagnostic, pronostic et traitement, nous ne nous occuperons que des points qui intéressent plus spécialement l'enfant. Ainsi nous ne décrirons pas le complexus symptomatique que l'on rencontre chez le nourrisson aussi bien que chez l'adulte : nous n'exposerons pas davantage les divers temps de la kélotomie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

HERNIE ÉTRANGLÉE

CHEZ LE NOURRISSON

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite

Due à l'obligeance de notre maître M. le Docteur Gilis, chirurgien des Hôpitaux de Nîmes.

Hernie inguinale gauche étranglée.

Marcel M..., âgé de dix mois, est envoyé à l'hôpital de Nîmes par notre excellent confrère M. le docteur Darboux, de Brignon, le matin du 9 juin 1905. L'enfant paraît bien conformé : il est fort et robuste, sans aucun antécédent pathologique. Il a été élevé à l'allaitement mixte : sein et biberon.

La mère raconte que, depuis sa naissance, l'enfant portait au niveau des bourses du côté gauche, une tumeur qui augmentait de volume sous l'influence des pleurs et des cris,

mais rentrait ensuite facilement dans le ventre. L'enfant n'a jamais porté de bandage.

Dans la matinée du mardi 6 juin, la tumeur sort et devient irréductible. Mais déjà un symptôme très important s'était produit : l'enfant n'avait pas eu de selle depuis le dimanche 4 juin.

Le mercredi 7, l'enfant prend mal le sein et vomit. On lui donne quelques cuillerées de thé, de tilleul et de lait, qu'il vomit successivement.

Le jeudi 8, M. le docteur Darboux appelé reconnaît la hernie étranglée et pratique le taxis à deux reprises différentes, mais en vain. Dans la journée l'enfant refuse toute alimentation ; le soir se produisent des vomissements qui sentaient mauvais, nous dit la mère, probablement fécaloïdes.

Le vendredi 9 juin, l'enfant est envoyé à l'hôpital.

Examen. — On constate au niveau du canal inguinal et du scrotum à gauche une tumeur grosse à peu près comme un œuf de poule. A la palpation, on a la sensation d'une masse dure, un peu irrégulière et qu'on peut comparer à celle que donnerait dans les mêmes conditions un sac rempli de noisettes ou de calculs. L'enfant n'est pas allé à la selle depuis cinq jours ; son ventre est tendu et il continue à vomir. Le diagnostic d'étranglement herniaire s'impose : l'intervention est décidée et acceptée par la famille.

L'opération est commencée à 9 heures et demie du matin avec l'aide de notre interne, M. Bonnet, et terminée à 11 heures. Anesthésie générale avec huit grammes de chloroforme donnés goutte à goutte par M. Bonifas, interne. Voici les particularités intéressantes et les constatations faites au cours de la kélotomie.

Incision classique de 10 centimètres environ. Graisse sous-cutanée abondante. On incise plusieurs couches pour arriver sur le sac, qui est pincé et ouvert. Il contient environ un

verre à liqueur de liquide clair, et communique par un petit pertuis avec la vaginale du testicule. L'intestin est noirâtre, fortement dilaté et tendu : il mesure au moins quatre centimètres de diamètre. Pas d'exsudats. Veines dilatées. Anse herniée complète. L'examen montre que la sensation particulière perçue au moment de la palpation de la hernie était due à des matières fécales contenues dans l'intestin. Celui-ci en est absolument bourré et leur masse forme une sorte de boudin contourné comme l'anse. L'orifice inguinal est tout petit et admet à peine l'extrémité de l'index. Lorsque l'enfant fait des efforts pour vomir, on sent les piliers se resserrer très énergiquement par suite de la contraction des muscles abdominaux. L'incision du sac est faite à la partie supérieure : on entend un petit craquement caractéristique et l'orifice agrandi permet alors facilement le passage de l'index. Malgré cela, l'intestin ne rentre pas ; c'est qu'il est distendu et garni de matières fécales. Une nouvelle incision est faite à la partie supérieure du grand oblique, de manière à ouvrir largement le canal ; l'intestin ne rentre pas davantage. Cette impossibilité provient de la grande quantité de matières fécales contenues dans l'intestin et de leur durcissement : cela forme en effet une grosse masse qui empêche l'intestin de se réduire d'un seul coup. Voyant que la réduction ne sera possible qu'en fractionnant ces matières fécales, nous en détachons des fragments successifs en comprimant l'intestin, et nous le faisons circuler dans l'anse herniée, jusqu'à ce que nous puissions les réduire dans le ventre. Petit à petit le bol fécal qui remplissait et dilatait l'intestin hernié, diminue ainsi progressivement de volume, et ce n'est que cette fois que la réduction parvient à se faire.

La dissection du sac est facile, ainsi que l'isolement du cordon qui est situé en arrière. La vaginale est reconstituée. Une partie du sac est laissée adhérente au testicule. Suture

de l'aponévrose du grand oblique. Rétrécissement de l'orifice par des points en U. Drain en verre. Crins. Pansement et stérésol. A la fin de l'opération, en enlevant les compresses, on s'aperçoit que l'enfant a émis une selle jaune.

Le soir, la température est de 39°2. L'interne refait le pansement, mais ne constate rien d'anormal. A 6 heures, l'enfant avait déjà rendu trois selles. Diète. Pas de vomissements.

Samedi 10. — Insomnie, un peu d'agitation. Cinq selles pendant la nuit. Mictions fréquentes. Pas de vomissements. La température est de 39°7. On refait le pansement, qui a été sali par l'urine ; la plaie est en très bon état, le ventre souple. Stérésol. On met l'enfant au sein, et, craignant quelque complication pulmonaire, on ajoute dans son lait une vingtaine de gouttes de cognac. Le soir, le pouls est à 150. La température de 39°5. Le petit malade a encore eu deux selles depuis la visite du matin.

Dimanche 11. — L'enfant a fait pendant la nuit deux sommeils d'une heure. Il est plus calme que la veille. Pas de vomissements. Ventre toujours souple. Rien à la poitrine. Température, 39°9. 2 selles. Pansement ; plaie parfaite : on enlève le drain. Le soir, température, 39°2.

Le 12, pansement. Température 38°1 le matin. 37°5 le soir ; la température baisse peu à peu les jours suivants et le malade guérit rapidement. La fièvre était due sans doute à la stercorémie, les différents viscères paraissant intacts.

Observation II

(Inédite)

Due à l'obligeance de notre maître M. le Professeur Estor.

Hernie inguinale étranglée. — Kélotomie. — Guérison.

X.... enfant du sexe masculin, âgé de 26 jours, nous est envoyé de la Maternité le 21 août 1902, à 4 heures du soir. Tout ce qu'on sait sur son compte, c'est qu'il est arrivé la veille de Nimes et qu'il avait déjà à ce moment une tumeur herniaire.

On constate la présence d'une hernie inguinale étranglée. L'opération est faite à 5 heures du soir par M. Puech, professeur agrégé. Les téguments incisés, on arrive sur un sac mince, dépourvu d'adhérences. A l'ouverture du sac, il s'écoule un peu de liquide clair. La hernie contient le cœcum, l'appendice et la portion terminale de l'intestin grêle. La réduction a été très difficile ; suture profonde au catgut ; suture de la peau aux crins ; pas de drainage.

Le lendemain matin, la température est à 40°4 et le petit malade très agité.

Le 27 août, ablation des fils ; les lèvres de la plaie souillées par l'urine ne se soudent qu'imparfaitement. L'état général est maintenant parfait ; la température est au-dessous de 37°.

Les jours suivants l'enfant présente quelques symptômes de gastro-entérite sans gravité. Il sort complètement guéri dans les premiers jours de septembre.

Observation III

(Inédite)

Due à l'obligeance de notre maître M. le Professeur Estor.

Hernie inguinale gauche étranglée. — Kélotomie. — Mort.

Gaston J..., âgé de 15 jours, est apporté à notre clinique le 5 mars 1903, à 5 heures du soir. La veille, le 4 mars, à 10 heures du matin, l'enfant a commencé à vomir. En même temps les parents s'apercevaient qu'il portait dans les bourses du côté gauche une grosseur qui n'existait pas auparavant. Le soir, M. le docteur Redon, appelé, reconnaît une hernie inguinale gauche irréductible et pratique de vaines manœuvres de taxis. Pendant la nuit, les vomissements continuent ainsi que durant toute la journée du 5. L'arrêt des matières n'est pas complet, car l'enfant va plusieurs fois à la selle. Le lendemain seulement, les parents se décident à envoyer le malade à l'hôpital.

Examen. — On constate au niveau de la région inguino-scrotale gauche la présence d'une tumeur assez volumineuse, résistante, irréductible. Vomissements porracés. Emission assez notable de matières fécales.

Opération. — Incision des téguments : débridement et large ouverture du sac ; on arrive sur une anse grêle, brunâtre, en contact avec le testicule. L'intestin porte deux sillons, situés l'un à sa partie antérieure, l'autre à sa partie postérieure. Ces deux sillons, marque visible de la striction exercée, se rejoignent par leurs extrémités et décrivent une figure géométrique de forme ovalaire et non pas circulaire, ainsi que cela se voit ordinairement. C'est là une preuve bien nette du pincement latéral de l'intestin, expliquant que le

passage des gaz et des matières ait pu continuer à se faire, la lumière de l'intestin n'étant pas obstruée d'une façon complète. L'intestin, malgré sa coloration, est en assez bon état et réduit dans la cavité abdominale. Suture du trajet inguinal par un point au catgut. L'enfant paraît avoir bien supporté l'opération ; il succombe le lendemain à 9 heures du soir.

Observation IV

(Inédite

Due à l'obligeance de notre excellent ami, le Docteur Mouret, de Beauvoisin.

Hernie inguinale droite étranglée.

H. L.... âgé de 12 mois, enfant habituellement bien portant.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé. Les parents de la mère sont des hernieux.

Antécédents personnels. — Quinze jours après sa naissance, les parents s'aperçoivent que l'enfant présente une hernie inguinale droite avec absence du testicule du même côté. Sur les conseils de la sage-femme, on applique à l'enfant un bandage en caoutchouc qu'on enlève tous les soirs au coucher. Au bout de trois mois, les parents, voyant que la hernie ne sort plus, suppriment le bandage. Mais, huit mois après, la hernie se reproduit et on remet l'appareil qui est encore enlevé tous les soirs. La hernie est bien contenue.

Etat actuel. — Dans la nuit du 21 au 22 mars 1906, l'enfant ne dort pas : il se met à crier, à pleurer et à vomir. La maman constate que la hernie est dehors. Les vomissements continuent le 22 et se produisent dès que l'enfant avale un liquide. Le 23, ils prennent l'aspect porracé. Nous sommes appelé le 23 à midi.

Examen. — Nous constatons la présence d'une hernie in-

guinale droite avec ectopie testiculaire du même côté. Depuis le 21, l'enfant n'a eu ni selle ni gaz. Vomissements. Pouls à 150. Facies grippé. Nous pratiquons un léger taxis aidé de pulvérisations de chlorure d'éthyle, mais sans résultat. L'intervention est jugée urgente et l'enfant immédiatement transporté à Nîmes, à la maison de santé des Franciscaines.

L'opération est faite à 2 heures et demie par M. le docteur Reboul, chirurgien des Hôpitaux de Nîmes. Anesthésie générale avec cinq centimètres cubes de chloroforme. Incision classique. Graisse sous-cutanée considérable. Sac épais présentant des adhérences multiples avec le cordon. Le sac une fois libéré, la hernie est réduite facilement. Testicule en bon état, amené dans la bourse. Dissection, ligature et extirpation du sac. Rétrécissement de l'orifice inguinal par un surjet au catgut. Suture de la peau aux crins. Drain en caoutchouc à la partie supérieure.

Les suites de l'opération sont excellentes malgré la formation d'un petit hématome. Guérison.

Observation V

(Broca)

Hernie inguinale droite étranglée. — Kélotomie. — Guérison.

L'enfant actuel, garçon de onze mois, a été apporté la nuit dernière dans notre service. Né de parents bien portants, sans hérédité herniaire, venu à terme, élevé au sein, il est affecté depuis l'âge de trois mois, d'une hernie inguinale droite, grosse comme une noix, restée stationnaire et indolente jusqu'au 29 juin 1901. Dans la nuit du 19 au 20 juin, la tumeur grossit jusqu'à acquérir, dit la mère, le volume d'une mandarine, et en même temps éclatent des accidents caractéris-

tiques : la face devint pâle, le corps se couvrit de sueurs froides, tandis que survenaient des vomissements d'abord alimentaires, puis jaunes, d'aspect fécaloïde (n'oubliez pas qu'il s'agit d'un nourrisson à selles jaunes).

Les choses en restèrent là dans les journées du 1er et du 2 juillet, avec des vomissements qui paraissent avoir été plus rares, mais avec un état général toujours mauvais ; et c'est dans ces conditions que l'enfant fut présenté la nuit dernière à l'hôpital Tenon. M. Audard, interne de service, constata qu'avec ces symptômes, existait dans l'aine droite une tumeur grosse comme un œuf de poule, irréductible, ayant tous les caractères d'une hernie étranglée. Il reçut dans notre crèche à la fois la mère et l'enfant, fit administrer du chloroforme au malade et se mit en devoir de l'opérer. Avant de prendre le bistouri, il exerça sur la tumeur quelques légères pressions et tout de suite il la vit disparaître, en sorte qu'il ne jugea pas indiquée l'opération sanglante.

Lorsque, hier matin, je passai dans la salle, la mère me dit que, pendant la nuit, l'enfant avait eu quelques hauts-le-cœur ; et le matin, à 10 heures, aussitôt après avoir tété, il venait de vomir. Aussi examinai-je la région scrotale, et j'y vis une tumeur grosse comme un œuf de poule, distendant à la fois le canal inguinal et la poche scrotale à droite, avec une dépression assez large entre les deux. La partie scrotale était couverte par une peau d'aspect ecchymotique. A la palpation, on sentait une tumeur résistante, irréductible, certainement formée dans le scrotum par une accumulation de liquide assez tendu. Toute la tumeur était mate et irréductible.

Sans aucun doute il s'agissait d'une hernie étranglée ; et avec le commémoratif de la réduction effectuée par M. Audard quelques heures auparavant, au milieu de la nuit, il ne pouvait être question d'une des lésions avec lesquelles peut

être confondue la hernie étranglée de l'enfant, par exemple le testicule en ectopie.

J'ai fait endormir l'enfant pour l'opérer, sans aucun essai de taxis. Il s'agissait d'une hernie funiculaire, dont le sac, très spacieux, descendait jusqu'au contact de la tunique vaginale, distendue par un peu de liquide clair. Dans la partie inférieure du sac herniaire était collectée une notable quantité de liquide sanguinolent ; dans la partie supérieure, c'est-à-dire dans le canal inguinal et descendant un peu au-dessous de l'anneau inguinal externe, apparaissait l'intestin étranglé. Cet intestin était le cœcum avec l'appendice, et il ne put être réduit ni après section de l'aponévrose du grand oblique, ni après écartement des muscles petit oblique et transverse : l'étranglement avait pour siège évident l'anneau intérieur ou interne que je débridai de dehors en dedans, sur mon index gauche introduit dans le collet. L'enfant guérit parfaitement.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

A. — Etiologie

L'étiologie des hernies étranglées de l'enfant soulève quelques questions de statistique très intéressantes que M. le professeur Estor s'est attaché à résoudre dans son mémoire. Nous allons les résumer sous forme de propositions.

1° *La rareté de l'étranglement herniaire chez l'enfant est incontestable.* — Nous en avons dit un mot dans l'introduction. Nous ajouterons que Demme, sur 515 hernies chez l'enfant, n'en a vu que 11 d'étranglées, parmi lesquelles cinq seulement furent opérées, les autres réduites par le taxis. Broca, à l'hôpital Trousseau, avait fait 950 cures radicales et 9 kélotomies seulement. König et Buchanam, dans leur très longue pratique, ne sont intervenus le premier que deux fois et le second une seule.

2° *Le rapport exact entre le nombre de cas d'étranglement herniaire chez l'enfant et chez l'adulte* serait de un pour 131 d'après Karl Stern, de 1 pour 62 d'après Wimmer. Nous acceptons le chiffre de Karl Stern parce qu'il est basé sur l'examen d'un très grand nombre de cas, 1707, recueillis dans les diverses cliniques allemandes.

3° *Le rapport entre la fréquence des hernies et la fré-*

quence des cas d'étranglement chez l'enfant ne peut être établi d'une façon exacte. Il est seulement possible de formuler cette règle générale et quelque peu inattendue : dans les deux premières années de la vie, les hernies sont très fréquentes, les accidents d'étranglement très rares.

4° *La hernie inguinale est celle qui s'étrangle le plus souvent.* La hernie ombilicale, cependant très fréquente chez le nourrisson, s'étrangle rarement. Berger avoue qu'il n'en connaît pas d'exemple. M. Estor n'en a retrouvé que quatorze observations. Quant à la hernie crurale, elle est très rare chez l'enfant et par conséquent rarement étranglée (2 cas).

5° *Fréquence de l'étranglement au cours de chaque mois pendant les deux premières années de la vie.* — M. Estor est arrivé sur ce point aux conclusions suivantes : l'étranglement herniaire est trois fois plus fréquent dans la première année que dans la seconde. Il l'est aussi deux fois plus pendant les six premiers mois que pendant les six mois suivants. Enfin, l'étranglement dans la hernie ombilicale serait encore plus précoce que dans la hernie inguinale.

6° *Le sexe* a une importance considérable. L'étranglement serait, en effet, 46 fois plus fréquent chez les garçons. Ceci s'explique jusqu'à un certain point par la fréquence beaucoup plus grande de la hernie inguinale dans le sexe masculin. Le rapport serait de 1 pour 19 d'après Karl Stern, tandis que celui de la hernie étranglée est de 1 pour 46. Il faut donc une autre cause pour expliquer la rareté de la hernie étranglée chez la fille. D'après Broca cela tient à la constitution anatomique du sac. « Car on sait que si on peut voir, dans le canal de Nuck, des valvules qui rappellent celles du canal péritonéo-vaginal normal, elles sont beaucoup moins fréquentes, beaucoup moins saillantes ; or, ces brides sont, chez

l'enfant aussi bien que chez l'adulte, la cause habituelle de la striction dans la hernie étranglée. »

7° Chez l'enfant, comme chez l'adulte, *l'étranglement se fait d'habitude sur des hernies préexistantes*. Il n'est pas possible de savoir si le port habituel du bandage peut exercer une influence sur l'apparition de l'étranglement.

B. — Pathogénie et mécanisme

L'étranglement herniaire chez l'enfant se produit à peu près de la même façon que chez l'adulte. Cependant certaines conditions anatomo-pathologiques et physiologiques spéciales à l'enfant nous expliquent d'un côté la fréquence des hernies dans le jeune âge, de l'autre la rareté de l'étranglement.

Deux facteurs étiologiques sont à étudier dans la production d'une hernie : d'une part, la pression intra-abdominale ; d'autre part, l'état de la paroi contenant les viscères. Sans doute l'effort développé par le nourrisson qui se contente de crier, de pleurer et de déféquer est peu intense et point comparable aux efforts qu'exerce le travailleur adulte. En revanche, la paroi musculaire de l'enfant est souvent insuffisante. Ainsi le canal péritonéo-vaginal n'est pas toujours fermé au moment de la naissance ; tantôt il reste largement ouvert et la hernie vraiment congénitale se produit alors avec une extrême facilité. D'autres fois le canal est à moitié comblé ; il présente seulement à diverses hauteurs de son trajet de petits pertuis limités par des valvules, des diaphragmes fibreux minces et souples, se laissant facilement distendre.

La hernie se forme par glissement de la séreuse et écartement progressif des brides obstruant le canal en question. En outre, la paroi musculaire de l'enfant est souvent frappée de déchéance ; et Broca signale ce facteur étiologique des hernies : le *rachitisme* plus ou moins grave, assez fréquent dans nos pays, qui fait le ventre gros et flasque, les chairs molles, les muscles débiles. Dans ces cas, la hernie se produit, comme chez les vieillards affaiblis, à ventre pendant, à muscles jaunes et graisseux. Mais il y a une différence entre les deux, c'est que le traitement médical a une grande prise sur l'enfant rachitique.

Ainsi, persistance du canal péritonéo-vaginal, faiblesse de la ceinture abdominale, efforts accompagnant l'entérite, la toux de la broncho-pneumonie et de la coqueluche, expliquent suffisamment la production des hernies chez l'enfant. Pourquoi ces hernies s'étranglent-elles aussi rarement ?

M. Estor en indique deux causes acceptables : « 1° *la faible résistance du tunnel occupé par les viscères ; 2° la faible intensité des efforts exercés par le nourrisson.* » En effet, chez l'enfant comme chez l'adulte, l'agent de l'étranglement est le même, à savoir : dans la plupart des cas le collet du sac et parfois aussi les anneaux fibreux naturels. Voici à ce propos les chiffres que Petitjean a trouvés sur un relevé de 75 cas :

Collet du sac	56
Anneau interne	3
Anneau externe	15
Diaphragme funiculo-testiculaire	1
Total	75

Or, ces brides fibreuses sont constituées chez l'enfant par un tissu plus mince et plus souple se déchirant fréquemment au cours de la kélotomie. Il en résulte que le contenu her-

niaire est moins énergiquement enserré, qu'il se laisse plus facilement réduire par les manœuvres de taxis, et que les lésions graves dues à l'étranglement (sphacèle) mettent beaucoup plus de temps à se produire. Enfin, les efforts exercés par l'enfant étant peu considérables, ainsi que nous l'avons déjà dit, il en résulte que les gaz et les liquides brusquement chassés dans la hernie y exercent une faible pression et que l'étranglement a d'autant moins de chances de se faire. Cela est tellement vrai, dit Broca, que, il n'y a pas longtemps encore, les principaux chirurgiens d'enfant émettaient comme un dogme que l'étranglement vrai n'existait pas chez l'enfant du premier âge ; que toujours alors il s'agissait d'engouement que le taxis réduisait avec facilité : le poids d'un gros cataplasme suffisait à faire rentrer les hernies en quelques heures. Nous savons aujourd'hui combien cette opinion est erronée et quels désastres elle aurait produits si elle avait été adoptée et mise en pratique par les chirurgiens.

Dans certains cas, l'étranglement paraît tenir à des causes tout à fait particulières, rarement signalées. Ainsi, dans l'observation de M. Gilis, l'irréductibilité est due incontestablement à l'accumulation, dans l'anse herniée, de matières fécales durcies et serrées. Le collet du sac n'a été qu'une cause accessoire favorisant la large réplétion de l'anse. C'est ce qu'on appelle l'engouement. On s'étonne de ne pas voir ce fait signalé plus souvent dans les observations. Broca, dans ses *Leçons cliniques de chirurgie infantile* (2e série, 1905, p. 459) rapporte un cas tout à fait analogue. Il dit : « J'ai opéré, en 1900, un garçon de quatre mois et demi, chez lequel des accidents d'étranglement, nets mais modérés, étaient associés à une hernie scrotale gauche, irréductible, volumineuse, d'une dureté insolite. Il existait une véritable tumeur, grosse comme deux fois le pouce, faisant corps avec le cordon, franchement séparée du testicule, sans trace de

liquide autour d'elle. Y aurait-on trouvé le signe, inconstant il est vrai, mais caractéristique, de l'engouement par stase fécale : la malléabilité de la masse malaxée ? Je n'en sais rien, car j'avoue que je ne pensais pas à cette lésion, dont je n'avais encore observé aucun exemple. J'annonçai seulement qu'il ne s'agissait pas d'un cas habituel d'étranglement, mais qu'il fallait en tout cas opérer, puisque, le commémoratif d'une hernie étant certain, il y avait des accidents abdominaux. Et je tombai sur l'S iliaque remplie de matière fécale durcie, mais malléable, que je fis passer à la filière en la malaxant ; après quoi la réduction de l'intestin fut aisée, et l'opération fut suivie de plein succès. »

Nau, interne et élève de Broca, a fait à ce propos l'étude de l'engouement dans les divers âges. Il n'en a retrouvé que deux autres observations chez des enfants : l'une de Goyrand, d'Aix (1837), l'autre de Mauser (1879). Ces deux auteurs insistent sur le régime alimentaire défectueux de l'enfant. L'opéré de Goyrand était élevé dans un hospice où « les enfants étaient en beaucoup plus grand nombre que les nourrices et prenaient beaucoup plus de bouillie que de lait de femme ». Celui de Mauser ingérait force biscuits et peu de lait. Ainsi les enfants qui font de l'engouement sont des enfants mal nourris, digérant mal, constipés.

Le docteur Michel, dans les *Archives de Médecine* (1901, t. I, p. 343), rapporte une observation de hernie étranglée chez un enfant de 16 mois : l'étranglement était dû à la présence dans le sac de ganglions mésentériques hypertrophiés. Voici le résumé de cette observation : hernie congénitale dès les premiers jours qui suivirent la naissance ; alimentation vicieuse provoquant le développement d'un « gros ventre » et de ganglions mésentériques. Par suite d'un effort, la hernie qui était mal contenue par un bandage devint plus volumineuse, commença par s'engouer pendant 24 heures,

puis s'étrangla définitivement. La kélotomie d'urgence permit de constater qu'un coin du mésentère portant des ganglions hypertrophiés était hernié en même temps que l'anse intestinale. Un de ces ganglions, gros comme une noisette, était engagé en partie dans l'orifice externe du canal inguinal, et là, s'hypertrophiant et se congestionnant de plus en plus, avait comprimé les deux bouts de l'anse et arrêté la circulation des matières et des gaz.

Enfin, M. Auvray (*Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1905, p. 1014) cite un cas de hernie inguinale droite étranglée ; le diverticule de Meckel accompagnait l'anse grêle herniée et « s'enfonçant comme un coin entre les deux bouts de l'intestin d'une part et le sac d'autre part », provoquait la striction de l'anse. Rieffel n'accepte pas cette conclusion. Quoi qu'il en soit de la valeur pathogénique du dernier mécanisme invoqué, il est permis de conclure que l'étranglement peut se produire chez le nourrisson comme chez l'adulte, sous l'influence de causes exceptionnelles intéressantes à signaler.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. *Hernie inguinale.* — 1° Sac. — Le sac ne manque jamais complètement. M. Estor l'a trouvé incomplet dans trois cas sur 229, soit 1.29 pour cent. Dans ces trois cas, il s'agit toujours de hernies cœcales, accompagnées ou non d'appendice et d'adhérences charnues naturelles. Très souvent, toujours même d'après Félizet, le sac est constitué par le conduit péritonéo-vaginal lui-même non oblitéré, de sorte que toutes ou presque toutes les hernies de l'enfant sont congénitales, c'est-à-dire passent par un canal préexistant. Cette opinion ne nous paraît fausse que dans ce qu'elle a d'absolu. Le collet du sac, agent habituel de l'étranglement, occupe tantôt l'orifice inguinal interne, tantôt l'externe. Ce collet est remarquable en ce qu'il n'est pas plus épais que les autres parties du sac et se laisse facilement distendre, ce qui explique la rareté de l'étranglement et la réduction facile par le taxis. Les autres caractères anatomiques du sac ne diffèrent pas de ceux de l'adulte.

2° Contenu des hernies. — L'examen de 104 observations a permis à M. Estor de dresser le tableau ci-dessous :

Tableau

Contenu des hernies inguinales (d'après M. Estor).

INTESTIN GRÊLE SEUL	GROS INTESTIN SEUL					GROS INTESTIN ET INTESTIN GRÊLE			ÉPIPLOON		TROMPES ET OVAIRES AVEC INTESTIN		
	S iliaque.	Cæcum.	Appendice.	Cæcum et appendice	Cæcum et côlon.	Cæcum et intestin grêle	Appendice et intestin grêle.	Intestin grêle, cæcum et appendice.	Seul.	Avec intestins	Seuls.	Grêle.	Gros.
53	1	5	6	11	1	6	4	9		4	2	2	

On y voit que la hernie de l'intestin grêle seul ou associé à d'autres viscères est très fréquente, soit 75 pour cent des cas. Trois fois l'intestin grêle était sphacélé, ce qui prouve que les accidents d'étranglement ne sont pas toujours très bénins chez le nourrisson. Il y a rarement des adhérences. Ce tableau nous montre encore la fréquence des hernies du gros intestin seul ou associé, soit 40 pour 100. On y voit également que les hernies appendiculaires pures y figurent dans une proportion de 5 pour 100. Quatre fois sur cinq, l'appendice était perforé. Cette lésion au pourcentage si considérable doit s'expliquer non par la présence d'un sillon constricteur, mais par ce fait que l'appendice avait été primitivement enflammé.

B. *Les hernies crurales* étranglées sont trop rares (deux cas cités) pour qu'on en puisse faire une étude sérieuse.

C. *Les hernies ombilicales* étranglées sont un peu moins rares. Les 14 cas connus permettent de conclure que le cæcum et l'appendice y sont assez souvent contenus.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de l'étranglement herniaire sont identiques chez l'enfant et chez l'adulte. Aussi n'est-il pas nécessaire d'en exposer le tableau que l'on trouve dans tous les traités de pathologie externe. Cependant tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que chez l'enfant les symptômes atteignent rapidement leur maximum d'intensité. « En moins de deux heures, dit Félizet, le petit sujet présente les apparences de la situation la plus grave. » Cette brièveté nous paraît exagérée.

Deux symptômes sont plus particuliers à l'enfant. Ce sont : les entérorragies et la rétention d'urine. Les entérorragies ont été signalées quatre fois, tantôt avant, tantôt après la kélotomie. Les causes en sont mal connues ; il est probable que les hémorragies précoces sont dues à la congestion, puis à la rupture des capillaires de la muqueuse intestinale avoisinant la région étranglée ; les hémorragies tardives seraient dues à la chute de petites escarres muqueuses.

La rétention d'urine a été signalée deux fois. Mais comme ce symptôme s'observe dans beaucoup d'autres affections chirurgicales, on ne peut lui accorder une grande valeur. En outre, il ne faut pas le confondre avec l'anurie qui peut se produire en pareil cas.

La hernie étranglée abandonnée à elle-même se termine

de diverses façons comme chez l'adulte : par la mort due à la stercorémie — par la réduction spontanée (un seul cas connu dû à Saryot, qui a vu un enfant guérir après avoir présenté des phénomènes d'étranglement pendant huit jours, la famille ayant refusé toute intervention) — par la formation d'un anus contre nature, — par perforation de l'intestin et péritonite septique.

Les symptômes diffèrent suivant que l'on se trouve en présence d'une appendicite herniaire ou d'une entérocèle étranglée. Les caractères physiques de la tumeur sont à peu près les mêmes au début ; mais quand il s'agit d'appendice, la hernie ne tarde pas à s'enflammer et cette phlegmasie peut aller jusqu'à la suppuration. Les symptômes fonctionnels rappellent ceux de l'épiplocèle étranglée : nausées, arrêt des matières, mais pas des gaz qui continuent à se dégager par l'anus ; les vomissements n'apparaissent que plusieurs jours après le début des accidents.

L'albuminurie, qui accompagne fréquemment l'étranglement herniaire de l'adulte, n'a jamais été observée chez l'enfant.

DIAGNOSTIC

Chez l'enfant comme chez l'adulte, le diagnostic de hernie étranglée est habituellement facile ; cependant il est un peu plus délicat chez l'enfant, où les commémoratifs font quelquefois défaut. La tumeur herniaire est constituée par une masse plus ou moins volumineuse, tendue, rénittente, irréductible, donnant lieu aux symptômes fonctionnels classiques.

Le diagnostic ne peut hésiter que lorsque l'étranglement s'accompagne d'une *inflammation scrotale* plus ou moins vive. Dès lors on peut croire à une simple lymphangite ou à l'inflammation d'un hydrocèle ou d'un kyste du cordon ; car on sait très bien que ces inflammations retentissent parfois sur le péritoine voisin, provoquent de la constipation, des vomissements et jusqu'à un certain point l'altération des traits. Dans ces cas, il peut en résulter un retard dans la kélotomie, ce qui est très préjudiciable à la santé de l'enfant.

L'erreur est possible dans un autre cas ; c'est lorsque la hernie s'accompagne d'*ectopie testiculaire*. En effet, la torsion du cordon spermatique, assez fréquente dans ces cas, provoque l'inflammation du testicule et détermine ainsi des accidents réflexes analogues à ceux de l'étranglement. Brusquement l'enfant éprouve une violente et angoissante douleur au niveau du canal inguinal. Puis surviennent les vomis-

sements, la constipation, la difficulté d'uriner. Chez la fille, même chose peut se produire par torsion du pédicule ovarien. Enfin, même sans torsion, un testicule ectopié peut s'enflammer et provoquer des troubles semblables. Ces données sont sans doute très intéressantes à connaître, mais ne comportent pas un grand intérêt pratique. En effet, dans les deux cas, il faut agir sans retard, inciser le plus rapidement possible. Le chirurgien pratiquera soit le débridement, soit la castration suivant la lésion qu'il met au jour.

Même chose à dire au sujet de *l'engouement* et de l'étranglement. Le premier évolue peut-être plus lentement et d'une manière plus bénigne que le second. Ainsi le malade de Goyrand ne fut opéré que le huitième jour après le début des accidents ; il est vrai qu'il mourut en 48 heures de diarrhées excessives. Au point de vue pratique et au point de vue thérapeutique, engouement et étranglement ne doivent faire qu'un dans l'esprit du chirurgien : l'acte opératoire s'impose. Qui plus est, la hernie engouée paraît plus difficile à réduire que la hernie simplement étranglée. C'est du moins ce qui ressort clairement de la lecture des 4 observations qui sont à notre connaissance. Chaque fois il a fallu ouvrir largement le canal inguinal et faire subir à l'intestin hernié des manipulations considérables. Le chirurgien devra néanmoins chercher à faire un diagnostic exact avant de procéder à l'opération. Il se basera pour cela sur l'évolution des symptômes, sur l'indolence relative de la tumeur. Surtout il analysera ses sensations tactiles : la consistance anormale des parties explorées et la conservation de l'empreinte des doigts sur la tumeur. Parfois, les matières contenues dans l'intestin sont tellement dures qu'elles donnent l'impression d'un « sac de noisettes ». (Obs. Gilis.)

Le diagnostic de *l'appendicite herniaire* est souvent difficile

à affirmer d'une façon certaine. Il pourra être confondu tantôt avec l'étranglement intestinal si l'arrêt des gaz et des matières est complet, tantôt avec l'épiplocèle étranglée si le passage des gaz est encore possible et si les vomissements tardent à apparaître.

PRONOSTIC

La hernie étranglée est moins grave chez le nourrisson que chez l'adulte. Presque tous les auteurs sont d'accord sur les deux points suivants : 1° le taxis réussit fréquemment à réduire la hernie ; 2° la kélotomie elle-même comporte un meilleur pronostic chez l'enfant.

La mortalité après la kélotomie, qui était de 32 pour 100 pendant la période préantiseptique, est descendue à 11 pour 100 pour les cas opérés après 1885. Cette mortalité varie légèrement suivant l'âge exact du nourrisson : elle est plus fréquente dans les premiers mois de la vie, rare de 12 à 18 mois. Plus tard, de 18 à 22 mois, elle augmente à nouveau, ce qui est dû sans doute aux causes suivantes : l'évolution dentaire, le sevrage, les troubles digestifs fréquents à cette époque. Pendant les premiers mois, la fréquence de la mortalité serait due à la faiblesse de l'enfant, favorisant l'apparition de la pneumonie et de la diarrhée. Aussi l'hospitalisation en salle commune aggrave considérablement le pronostic, surtout si l'hôpital est mal installé et les petits malades placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, au premier rang desquelles on doit mettre l'encombrement.

M. Estor fait remarquer que, pour établir le pronostic après la kélotomie, il faut se baser non seulement sur l'état local des lésions, mais encore sur la santé générale de l'enfant.

Ce mauvais état général résulte le plus souvent, non point de l'empoisonnement stercorémique, mais plutôt de la faiblesse congénitale (enfant né avant terme) ou d'une mauvaise alimentation ayant provoqué des phénomènes de gastro-entérite.

Enfin, certains petits malades, amenés trop tard au chirurgien peuvent succomber en quelques heures dans le collapsus. C'est ce qui ressort de la première observation de la thèse de Tariel, où l'on voit un enfant succomber presque immédiatement après un taxis sans chloroforme qui avait été d'une facilité extrême. A l'autopsie, on ne trouva pas d'autre lésion que la trace de l'étranglement d'une anse intestinale. Le collapsus paraît d'ailleurs beaucoup plus à craindre chez l'enfant que chez l'adulte.

TRAITEMENT

Dès le début, posons en principe que le chloroforme étant très bien supporté par l'enfant, l'intervention doit être pratiquée sous anesthésie générale. Cela résulte d'une discussion à la Société de chirurgie de Paris en 1905, entre MM. Broca, Kirmisson, Rieffel et Auvray. Ce dernier avait opéré, sans l'endormir, un enfant âgé de sept semaines, atteint de hernie inguinale étranglée. Dès que le collet du sac fut débridé, l'enfant continuant à pousser, une grande partie de l'intestin fut expulsée au dehors ; pour le réduire, il fallut donner du chloroforme. Broca, Kirmisson et Rieffel sont d'accord pour affirmer que le chloroforme est admirablement supporté par les nouveau-nés, même âgés de quelques jours seulement.

Le manuel opératoire du taxis et celui de la kélotomie suivie de la cure radicale sont parfaitement connus ; il serait oiseux de les décrire ici. Nous ne citerons que pour mémoire la méthode de Frœlich (de Nancy), qui, pour gagner quelques minutes, se contente de faire la suture du collet et celle de la paroi abdominale sans ouverture et sans extirpation du sac. Aujourd'hui, tous les chirurgiens sont d'accord pour pratiquer la kélotomie et faire la cure radicale comme chez l'adulte, ce qui met à peu près sûrement l'enfant à l'abri des récidives et l'opération ne s'en trouve guère plus compliquée.

Indiquons en passant quelques manœuvres qui, d'après certains auteurs, favoriseraient la réduction par le taxis. Ce sont : les pulvérisations d'éther et de chlorure d'éthyle, ou bien des applications de compresses froides sur le scrotum. Une autre méthode consiste à « placer l'enfant dans un bain très chaud et à maintenir ses pieds élevés pendant qu'on exerce des pressions sur la hernie ». Ces méthodes n'ont qu'une médiocre importance. Au contraire, la facilité de la réduction sous le sommeil chloroformique est devenue un fait banal dans l'histoire de la hernie étranglée chez l'enfant. Même, quelques chirurgiens, frappés de ce fait, ont voulu en conclure que l'étranglement était dû à la contraction de la paroi musculaire et non à un collet du sac : cette opinion a eu quelques jours de gloire, puis elle est tombée dans un profond oubli.

Le taxis offre des avantages réels à côté d'inconvénients très graves bien connus. On ne l'emploiera donc, surtout chez l'enfant, qu'avec une prudence extrême et une grande douceur et à condition que la hernie soit étranglée depuis peu : de cette façon, on évitera les accidents graves que l'on a signalés : rupture du sac, réduction en masse, contusions et ecchymoses intestinales : en outre, on ne risquera pas de refouler dans le ventre un intestin frappé de sphacèle. Une seule tentative suffit : si elle ne réussit pas, il faut sans tarder recourir à la kélotomie.

Lorsqu'il existe des adhérences charnues naturelles, il est prudent de les respecter, afin d'éviter la gangrène de l'intestin. Comme le dit M. Estor, il faut « libérer le sac largement et aussi haut que possible sur toute la surface externe, principalement au niveau où s'insère le méso, en le séparant du tissu cellulaire sous-péritonéal : sectionner ce sac tout autour et à un bon travers de doigt de l'insertion du méso, de

façon à laisser adhérente à l'intestin une partie du sac, et réduire le cœcum en même temps que ce lambeau ».

Si on rencontre l'appendice non enflammé dans la hernie, il est bon de le réséquer, pourvu toutefois que les forces du malade permettent de prolonger l'opération. De cette manière, l'enfant est mis pour toujours à l'abri d'une attaque d'appendicite toujours possible.

Enfin, si l'on arrive à porter le diagnostic d'appendicite herniaire, il faut opérer tout de suite, malgré que la guérison spontanée soit possible, quoique fort rare. A quoi servirait d'attendre ? Plus tard, on aurait la main forcée, soit pour une récidive, soit pour tarir une fistule pyo-stercorale produite au cours de la guérison spontanée.

Nous devons maintenant préciser les indications opératoires qui se présentent dans certains cas spéciaux. Par exemple, voici un engouement vaincu par une légère pression, sans anesthésie ; voici un étranglement dont a eu raison le taxis avec le chloroforme, faut-il faire la cure radicale ? On doit la faire si les conditions le permettent, et cela pour deux raisons : la fréquence des récidives après un étranglement même léger ; les résultats remarquables de la cure radicale chez l'enfant. C'est ainsi que s'est comporté M. Estor, à propos d'un enfant âgé de 13 mois atteint de hernie congénitale droite ; le premier étranglement se produisit au mois d'août 1902 et ne put être réduit que sous le chloroforme par M. Puech, professeur agrégé. Le 10 janvier 1903, nouvel étranglement qui cessa sous l'influence d'un taxis modéré. Cure radicale le surlendemain. Guérison. Les seules contre-indications opératoires sont dans ces cas : le jeune âge (jusqu'à 14 ou 15 mois) et le mauvais état général du nourrisson. En cas de récidives fréquentes, même chez l'enfant très jeune, il y a indication à opérer, car ces crises répétées compromettent gravement la santé du nourrisson (Broca).

Nous nous sommes déjà expliqué sur la conduite à tenir quand on se trouve en face d'un engouement : le taxis ne réussit pas, il ne faut pas hésiter à faire la kélotomie. Souvent, pour ne pas dire toujours, à la fin de l'opération, une selle viendra montrer à l'opérateur qu'il a fait œuvre utile.

CONCLUSIONS

1° La hernie est très fréquente chez le nourrisson, l'étranglement assez rare. C'est surtout dans les premiers mois de la vie qu'il se produit.

2° La souplesse et la minceur du collet du sac et des anneaux naturels expliquent la rareté de l'étranglement et l'efficacité des manœuvres de taxis.

3° Le sac herniaire est d'habitude très mince et contient rarement de l'épiploon. La hernie est fréquemment constituée par le cœcum et l'appendice.

4° Les symptômes ne diffèrent pas sensiblement de ceux que l'on observe chez l'adulte.

5° Le pronostic de la kélotomie est plus favorable chez l'enfant que chez l'adulte. Pour l'établir on doit tenir grand compte de l'état général du petit malade .

6° L'engouement et l'étranglement n'offrent qu'une différence de degré ; ils aboutissent à la même fin. On doit les traiter de même façon.

BIBLIOGRAPHIE

ALLISSON. — Strangulated hernia in infants. West. med. Rev. Lincol. Neb., 1898, 290.

ALTI. — Hernies du cœcum et de l'appendice. Th. de Paris, 1894.

BALLOCH. — Les hernies chez les enfants. Am. Jour. of Obstetrics, août 1900.

BARETTE. — Des hernies compliquées d'adhérences. Th. de Paris, 1883.

BARIETY (Ludovic). — Des hernies de l'appendice cœcal, compliquées d'appendicite. Th. de Paris, 1895.

BAUBY. — La hernie étranglée chez l'enfant. Arch. de méd. de Toulouse, 1902, t. VIII, p. 371.

BERGER (Paul). — Sur le mécanisme de l'étranglement herniaire. Arc. gén. de méd., août-octobre 1876.

— Traité de chirurgie. S. Duplay et Reclus, t. VI, p. 25.

BOIFFIN. — Hernies adhérentes au sac. Th. de Paris, 1887.

BOODLE. — Hernie étranglée du cœcum chez un enfant de six semaines. Australas Med. Gaz., Sydney, 1894, XIII, 227.

BOOTH. — Strangulated hernia in infants. Colombus Med. Journ., 1897, XVIII, 239.

BRIANÇON. — Hernies de l'appendice iléo-cœcal. Th. de Paris, 1897.

Briscoë. — Strangulated hernia in infants. Lancet, London, 1898, II, 690.

Broca. — Hernies adhérentes. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1888, p. 19.

— Hernie étranglée inguinale chez l'enfant. Presse méd., 1902, I, 531.

— Leçons cliniques de chir. infantile, 2e série, 1905, p. 468.

Colley. — Strangulated hernia in children. J. Am. med. Ass. Chicago, 1900, t. XXXIV, p. 324.

Dowd. — Hernie étranglée chez l'enfant. Arch. Pédiat. N.-Y., 1897, XIV, 321, et 1898, XV, p. 251.

Ester. — La hernié étranglée chez le nourrisson. Rev. de chir., 1902, t. I, page 249.

Garster. — On strangulated hernia in children. N.-Y. Med. Journ. 1888, t. XLVII, p. 71.

Hellock. — Un cas de hernie bilatérale étranglée chez un enfant. Lancet, London, 1902, t. II, p. 21.

Henverswyn (Van). — A propos d'un cas de hernie cœcale chez un enfant de dix-sept mois. Journ. des Sciences méd. de Lille, 1893, n° 6.

Horrocks. — Hernie étranglée chez un enfant de 60 jours. Indian med. Rev., Calcutta, 1902, t. XXII.

Féré (Ch.). — Note sur l'étranglement herniaire chez les enfants à la mamelle. Rev. de chir., 1881, p. 226.

Knobloch. — Inaug. diss., Breslau, 1890.

Kukula. — Etiologie des entérorragies consécutives à l'étranglement des hernies. Ann. de la Soc. belge de chir., déc. 1899.

Lannois. — Etranglement herniaire chez les enfants. Rev. des mal. de l'enfance, 1883.

Le Dentu. — Clin. chir., 1890-91, p. 269.

MARSH. — St-Barthol. Hospit. Reports London, 1874. X, p. 205.

MARTIN. — Soc. de chir., 19 juillet 1889.

MÉRIGOT DE TREIGNY. — Hernies du gros intestin. Th. de Paris, 1887.

MÉZANGEAT. — Hernies de l'appendice iléo-cœcal. Th. de Paris, 1899.

MICHEL. — Hernie étranglée chez un enfant de 16 mois. Arch. gén. de méd., Paris, 1901, V, p. 341.

MOSCHOWITZ. — Hernie étranglée chez les enfants. Méd. Rev. N.-Y., 1901, LIX, p. 612.

MOYNIHAN. — Hernie étranglée chez l'enfant. Lancet, London, 1897, 788.

NAQUET. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice vermiculaire et de leurs complications. Th. de Paris, nov. 1900.

PHOCAS. — Hernie inguinale congénitale étranglée chez un enfant de 13 mois. Bull. méd. du Nord, 1890, t. XXIX, p. 88.

PETITJEAN. — La hernie étranglée chez l'enfant. Th. de Paris, 1899.

PILLON. — Rev. méd. de l'Est, Nancy, 1898, p. 85.

POLLOSSON. — Lyon Médical, 1893, p. 75.

RENAULT. — Hernies du cœcum et de l'S iliaque chez l'enfant. Th. de Paris, juin 1899.

ROCHEBLAVE. — Un cas d'étranglement herniaire après le sevrage. Bull. de la Soc. méd. et chir. de l'Ardèche, Valence, 1901, t. II.

STERN (Carl). — Beitrag zur Statistik und Prognose der Herniotomie bei incarcerirten Hernien im ersten Kindesalter. Centralblatt für Chir., 12 mai 1894, p. 425.

TALANDIER. — De la hernie inguinale épiploïque chez l'enfant. Thèse de Paris, 1898.

Tariel. — Th. de Paris, 1894.

Osty. — De l'appendicite herniaire. Th. de Paris, nov. 1900.

Nau. — Rev. de gynécologie, 1903, p. 993.

Tuffier et Jeanne. — Rev. de gynécol. et de chir. abdominale, 1899.

Wimmer. — 48 cas de hernies étranglées chez l'enfant. Diss. inaugur. Leipzig, 1868.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 26 avril 1906.
Pour le Recteur,
le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. MASSOL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 avril 1906
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !